

2. Наблюдается ли у Вас непереносимость йода? ДА НЕТ

3. Наличие в анамнезе аллергических реакций. ДА НЕТ

При наличии, указать какие аллергические реакции (крапивница, отек, бронхоспазм, судороги, отек гортани, отек легких, сосудистый коллапс и т.п.)

Если были другие побочные реакции - укажите какие:

4. Какими хроническими заболеваниями Вы страдаете (подчеркнуть или добавить в этот перечень) : бронхиальная астма, хронические или острые заболевания почек, печени, щитовидной железы, сердечно-легочная недостаточность , сахарный диабет, заболевания крови, множественная миелома, серповидно клеточная анемия, полицитемия, феохромоцитома, другие:

5. Принимаете ли Вы какие либо из перечисленных препаратов: метформин для лечения сахарного диабета, сиофор или глюкофаж ДА НЕТ

6. Наличие на момент исследования беременности ДА НЕТ

Вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики-подчеркнуть).

Подпись _____

Если у Вас возникли вопросы, обратитесь за разъяснением к врачу кабинета компьютерной томографии.

ПРОЦЕДУРА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Рентгеноконтрастное КТ-исследование является логичным переходом от нативной фазы исследования к введению контрастного препарата в периферическую (кубитальную) вену. Затем проводится серия КТ-сканов с различными временными промежутками в зависимости от задачи исследования. Визуальный мониторинг Вашего состояния и речевой контакт с Вами постоянны. В случае развития побочных явлений и аллергических реакций будут предприняты медицинские манипуляции, вплоть до реанимационно-анестезиологического пособия.

Я, _____, заявляю этим добровольное согласие на проведение КТ исследования с болюсным контрастным усилением, сведения о котором получил от медицинского персонала. С информацией для пациентов ознакомлен. О возможных побочных явлениях и осложнениях, возникающих при введении контрастных веществ и оказании реанимационно-анестезиологического пособия, предупрежден.

Подпись _____ Дата _____

Фамилия и подпись врача, получившего информационное добровольное согласие
